

**DIFERENCIAS EN COSTO EFECTIVAD DEL CUIDADO PALIATIVO DOMICILIARIO
FRENTE A LA ATENCIÓN CONVENCIONAL HOSPITALARIA PARA EL MANEJO
DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN FASE TERMINAL**

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

MARTHA LUCIA SALAS ANTOLINEZ

MARÍA CLAUDIA GUARÍN ESCOBAR

COLEGIO MAYOR NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

BOGOTÁ

2014

**DIFERENCIAS EN COSTO EFECTIVIDAD DEL CUIDADO PALIATIVO DOMICILIARIO
FRENTE A LA ATENCIÓN CONVENCIONAL HOSPITALARIA PARA EL MANEJO
DE ENFERMEDADES CRÓNICAS EN FASE TERMINAL**

REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

MARTHA LUCIA SALAS ANTOLINEZ

MARÍA CLAUDIA GUARÍN ESCOBAR

Trabajo de grado para optar al título de Magister en Administración en Salud

Tutor

JAVIER LEONARDO GONZÁLEZ RODRÍGUEZ

Director de la Maestría en Administración en Salud

COLEGIO MAYOR NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN EN SALUD

BOGOTÁ

2014

*“Cada logro que valga la pena,
Grande o pequeño,
Tiene sus etapas de fracasos
Y triunfos; un comienzo,
Una lucha y una victoria”.*

Mahatma Gandhi

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN

PALABRAS CLAVES

ABSTRACT

KEYWORDS

INTRODUCCIÓN.....	10
1. ANTECEDENTES.....	11
2. DESCRIPCIÓN DE LA AFECCIÓN	16
2.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS.....	19
3. DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES.....	23
3.1 CUIDADO PALIATIVO	23
3.2 CUIDADO HOSPITALARIO CONVENCIONAL	30
3.3 ATENCIÓN DOMICILIARIA.....	31
4. CÓMO PODRÍAN FUNCIONAR LAS INTERVENCIONES.....	35
5. OBJETIVOS	39
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	39
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	39
6. MÉTODOS.....	40

6.1 CRITERIOS PARA CONSIDERAR ESTUDIOS PARA LA REVISIÓN	42
6.1.1 Tipos de Estudios	42
6.1.2 Tipo de Participantes	43
6.1.3 Tipo de Intervenciones	45
6.1.4 Tipos de Medidas de Desenlace.....	45
6.1.4.1 Desenlaces Principales	46
6.1.4.2 Desenlaces Secundarios.....	46
6.2 MÉTODOS DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ESTUDIOS.....	47
 7. RESULTADOS	49
 7.1 EXTRACCIÓN DE DATOS	49
 7.2 CARACTERIZACIÓN DE ESTUDIOS	54
7.2.1 Clasificación de la Evidencia	54
7.2.2 Diseño de Estudios.....	57
7.2.3 Tamaños de Muestra	58
7.2.4 Origen del Estudio	59
7.2.5 Tipo de Participantes	60
7.2.6 Edad.....	61
7.2.7 Sexo	61
 7.3 RESULTADOS POR TIPO DE DESENLACE	62
7.3.1 Desenlaces Secundarios	62
7.3.2 Desenlaces Principales	66
 8. DISCUSIÓN.....	68
 9. CONCLUSIONES.....	70
 10. RECOMENDACIONES	73
 11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76

INDÍCE DE FIGURAS

Figura 1. Dinámica de la pirámide poblacional Colombiana 2005-2011.....18

Figura 2. Proceso de extracción de datos.....50

Figura 3. Distribución de artículos por tipo de diseño metodológico.....58

Figura 4. Distribución de estudios incluidos en la revisión, por país de origen...60

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Dinámica de la tasa cruda natalidad en Colombia 2002-201	17
Tabla 2. Dinámica de esperanza de vida al nacer en Colombia 2002-2013	19
Tabla 3. Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles/ 100.000 habitantes, Colombia 2003-2011	21
Tabla 4. Razón de médicos y enfermeras profesionales, Colombia / 1.000 habitantes 2003-2011	35
Tabla 5. Compilación de artículos incluidos en la revisión sistemática	51
Tabla 6. Guía de desarrollo de proyectos basados en la evidencia del Norte de Inglaterra, 1996	55

RESUMEN

Introducción: En Colombia y en diferentes países del mundo la dinámica poblacional ha experimentado cambios a través de los años, haciendo que hoy se encuentre población en edades más avanzadas que hace 20 o 30 años; lo cual modifica las características epidemiológicas y los perfiles de morbilidad y mortalidad de la población, aumentando la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas de difícil pronóstico dentro de la población; siendo estos grupos etarios hacia quienes deben destinarse nuevas modalidades de atención y soporte paliativo. Teniendo en cuenta esto y la reducida capacidad instalada en hospitales y centros asistenciales; es fundamental establecer las diferencias entre la atención brindada por programas de cuidado paliativo a través de la modalidad de atención domiciliaria y aquella ofertada al interior de las instituciones. **Métodos:** Se realizó una revisión sistemática, que incluyó 25 artículos provenientes de ocho distintos países, clasificados con niveles de evidencia I y II, en los que se evaluaron las dos intervenciones anteriormente mencionadas; cuyas variables de análisis fueron: El lugar de fallecimiento del paciente, alivio de la sintomatología, nivel de satisfacción del paciente y sus cuidadores con los servicios recibidos, número de ingresos hospitalarios independientemente de la causa y días promedio de estancia hospitalaria. **Resultados:** Se encontró que el 88% de los pacientes que fueron vinculados a la atención domiciliaria habían fallecido en su hogar, evidenciando una reducción en el impacto emocional que el fallecimiento genera; se observó que el 68% de los pacientes refirió que había experimentado disminución en la intensidad de al menos 2 síntomas relacionados con su enfermedad como resultado de la atención en casa; dentro de los cuales se destacan el dolor, las náuseas y el vómito entre otros. El nivel de satisfacción para el cuidado en casa puntuó en 72%, 19 puntos porcentuales por encima de la calificación que obtuvo el manejo hospitalario. Así mismo sólo el 23% de los pacientes tratados en su hogar, requirió al menos una hospitalización durante el manejo; mostrando una disminución en el tiempo de estancia hospitalaria de 3.4 días promedio. **Conclusiones:** El manejo paliativo domiciliar de pacientes crónicos en fase terminal, no sólo es una alternativa en la reducción de costos para el sistema de salud, sino que es un factor protector de tipo emocional ya que favorece el acompañamiento de familiares y seres queridos; permitiendo la participación del paciente y su núcleo familiar en el proceso terapéutico. También refleja disminución de los riesgos inherentes a la hospitalización. **PALABRAS CLAVES:** Cuidado paliativo, tratamiento paliativo, enfermedades crónicas, cuidado en casa.

ABSTRACT

Introduction: In Colombia, as many countries in the world the population dynamic has changed the last years, because of that actual population is older than the last 20 or 30 year, which modifies the epidemiological characteristics and mortality profile of the population, increasing the incidence and prevalence of chronic diseases. Given this, and the limited capabilities of hospitals, it is essential to determine the differences between the care provided in palliative care programs through home care and in the hospital.

Methods: Systematic review of 25 articles included in levels I and II evidence from eight countries was conducted in which two interventions were evaluated, including those that describe differences in place of death of the patient, relief of symptoms, patient satisfaction and their caregivers with the services received, number of hospital admissions for any cause and average days of hospitalization for the two treatment alternatives. **Results:** We found that 88% of patients who had been implicated to home care had died at home, with the reduction in the emotional impact that this entails, also 68% of these patients reported that it had experienced decreased intensity of at least 2 symptoms related to their disease as a result of home care, within which stand the pain and nausea and vomiting as major. A difference in satisfaction of 72% and 53% for home care Vs. The hospital management respectively, also only 23% of patients managed at home required at least one hospitalization during handling, with reduced average stay of 3.4 days. **Conclusions:** The home palliative to treat the chronic patients in terminal phase is not only an alternative to lessen the costs of the health system, but it helps the patient in various aspects such as accompanying family and loved ones, decreasing the risks associated hospitalization, among others, thus providing involving him and his family in the therapeutic process.

KEYWORDS:

Palliative care, chronic disease, home care.

INTRODUCCIÓN

A través de los años la humanidad se ha visto expuesta a cambios en su entorno, que han afectado de manera directa y progresiva no sólo la calidad de vida, sino el proceso salud – enfermedad de la población. Redefiniendo también la manera en que los cuidados son abordados por los diferentes sistemas de salud, buscando no únicamente el alivio de los procesos patológicos, sino también disminuir las complicaciones derivadas de estos y garantizar las mejores condiciones de vida para el paciente y su familia, aspectos que se relacionan directamente con los cambios demográficos, el perfil epidemiológico de las poblaciones y los recursos para la prestación de la atención hospitalaria, entre otros.

Las características y condiciones de la prestación de los servicios de salud deben corresponder con las necesidades directas de los pacientes, las condiciones de su entorno, los cambios sociales y culturales; sus expectativas y la transformación de dichas patologías dentro de la población. Es por esto que se hace apremiante el diseño de nuevos modelos de atención, destacándose en la actualidad la atención domiciliaria como una de las prácticas con mayor impacto.

Así entonces, el presente documento busca analizar las diferencias disponibles en la literatura de las modalidades de cuidado paliativo en casa frente a la atención convencional ofertada al interior de las instituciones de salud, para el cuidado específico de pacientes en fases terminales de enfermedades crónicas.

1. ANTECEDENTES

La salud y la prestación de los servicios han experimentado grandes transformaciones en el tiempo, a través de los diferentes modelos de atención y la configuración de los sistemas de salud; sin embargo aún continúan existiendo grandes inquietudes sanitarias de cara a las necesidades cambiantes de la población mundial.

Para que se produzcan nuevos adelantos sanitarios, hacer frente a nuevos retos y corregir las inequidades, es necesario movilizar recursos de una manera eficaz; lo cual exige: Saber, qué intervenciones funcionan en la realidad; poseer información acerca de los costos; tener experiencia en su aplicación y suministro; y garantizar que los recursos invertidos generen impacto en la salud y calidad de vida de los destinatarios.

El uso de evaluaciones económicas, alternativas a la gerencia y a la organización para apoyar la toma de decisiones en salud es una práctica que se presenta cada vez con mayor frecuencia y determinación. Esto se debe a que en la mayoría de los sistemas de salud existe la necesidad de establecer qué intervenciones son costo efectivas y generar una provisión de servicios sanitarios de calidad e intervenciones con eficacia, eficiencia y equidad que contengan una demanda potencialmente ilimitada en un contexto de recursos escasos.

La ciencia y la medicina han demostrado qué intervenciones pueden ser eficaces; sin embargo es necesario combinar este conocimiento con estudios de costo-efectividad que logren determinar su eficacia en la práctica cotidiana, dentro de contextos específicos y poblaciones con características definidas a fin de lograr los mayores beneficios sanitarios y la calidad de vida de los usuarios y sus familias, sin sobrepasar los recursos estimados.

Situación que describe Arredondo (2011) al mencionar que: “Asignar recursos limitados y escasos, entre muchos posibles usos, implica escoger. No hacerlo es insostenible y amenaza el sistema de salud. La cuestión de toda la salud para todo el mundo, es una imposibilidad lógica, filosófica y matemática” (p.88).

Es aquí donde aparece el término de Medicina Basada en la Evidencia, que abarca en su definición los conceptos anteriormente descritos:

La Medicina Basada en la Evidencia es el empleo consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual en la toma de decisiones sobre el cuidado sanitario de los pacientes. La práctica de la Medicina Basada en la Evidencia significa integrar la competencia clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible a partir de la investigación sistemática. (The Cochrane Collaboration, s.f)

Deberá hacerse uso de la mejor evidencia disponible y vigente, para explicar las decisiones y los modelos de atención en salud; orientando a su vez la experiencia cotidiana de profesionales y pacientes en su búsqueda por mejores condiciones de vida, con la minimización del riesgo y la reducción de complicaciones.

Por otro lado, el incremento de la demanda de servicios y el gasto en salud, los cambios demográficos, sociales y los perfiles de morbilidad, así como las constantes innovaciones en el campo de la tecnología, están estimulando la aparición y difusión de nuevas formas de asistencia y atención hospitalaria.

Esta actividad innovadora da preferencia a la asistencia ambulatoria y favorece la transferencia del paciente del hospital a su entorno familiar. Sus objetivos principales son mejorar la atención del paciente y lograr una utilización más eficiente de los recursos. (Mitre et al., 2001, p.45)

Es aquí donde se hace importante determinar la mejor manera para garantizar la atención de estos individuos, haciendo que sus necesidades básicas se encuentren cubiertas, que el deterioro progresivo asociado a su patología tenga una evolución paulatina sin que el paciente se vea abocado a situaciones que impacten de manera rápida y dolorosa su calidad de vida.

Es evidente entonces, como la sociedad actual ha llegado a exaltar la medicina moderna y los desarrollos científicos para prolongar la vida de las personas, al punto de considerar de manera errónea y esperanzadora que estos podrían llegar en futuros mediatos a diferir indefinidamente la muerte, el deterioro físico, mental, emocional y social de los individuos. Haciendo que la práctica médica se vea presionada por expectativas y desafíos propuestos por pacientes y familiares, que imponen hacer esfuerzos constantes para garantizar la calidad de vida en todos los estadios de la enfermedad del sujeto.

Por consiguiente, es importante establecer que frente a la atención de pacientes crónicos, sin agudización de su sintomatología, es menester médico determinar la opción más adecuada para garantizar el tratamiento. Escenario en el que resultaría de gran utilidad para el grupo de profesionales, contar con programas y servicios de atención domiciliaria; capaces de garantizar el cuidado integral del paciente y la continuación de cuidados específicos para su patología, así como el soporte vital necesario de acuerdo a su condición actual y minimizando de manera anticipada su deterioro progresivo.

Es en este punto donde se sitúa el presente trabajo de grado, que busca reconocer las diferencias en costo efectividad de la atención de los pacientes en fase terminal, y las conductas que resultarían más seguras para él y más rentables para las instituciones de salud, reduciendo el sufrimiento y garantizando un soporte integral a todos sus requerimientos.

Situación que debe ser analizada en detalle, pues si bien es cierto existen diversos aspectos como el acompañamiento de familiares y seres queridos, la disminución de los riesgos asociados a la hospitalización, entre otros; que de manera rápida podrían inducir a sobreponer los servicios de internación domiciliaria sobre los hospitalarios.

No obstante, durante la valoración de análisis de costo efectividad se tiene en cuenta el gasto en recursos físicos, humano, entre otros; así como el número de reingresos hospitalarios, la incidencia de complicaciones de difícil manejo en el hogar; el requerimiento de un acompañante permanente, y las condiciones de salubridad de los

hogares; para determinar la mejor alternativa, de acuerdo al grado de cumplimiento de requisitos para el ingreso del paciente a estos programas.

Es por esto, que se busca determinar si resultan claramente efectivos y rentables en términos de costos y atención en salud los cuidados paliativos domiciliarios; cuyo propósito es aportar información útil para las organizaciones que hayan logrado detectar el problema y que se encuentren en la evaluación de la posible inclusión de este tipo de servicios dentro de su portafolio.

2. DESCRIPCIÓN DE LA AFECCIÓN

Con el aumento de la esperanza de vida de la población, también ha aumentado la prevalencia de las enfermedades, de modo que, individuos de todas las edades afrontan condiciones que le ponen límite a sus vidas y avanzan irremediabilmente hacia la muerte, y la medicina curativa no logra encontrar alivio de los múltiples síntomas que aparecen en las etapas finales de la existencia.

Existen aspectos relevantes que imponen la rápida determinación de acciones en salud orientadas a la atención de pacientes con enfermedades crónicas, en especial aquellos cuyo proceso abarca condiciones cercanas a la muerte, tales como los cambios demográficos al interior de los países, la transformación del perfil epidemiológico de la población y el lento crecimiento del recurso humano en salud.

Al igual que la mayoría de países de América Latina y el mundo, Colombia se encuentra atravesando un proceso de cambio en su dinámica demográfica, lo cual ha llevado al envejecimiento de la población, ocasionado esto por una disminución en la tasa de natalidad y el incremento progresivo de los años calculados para la esperanza de vida al nacer.

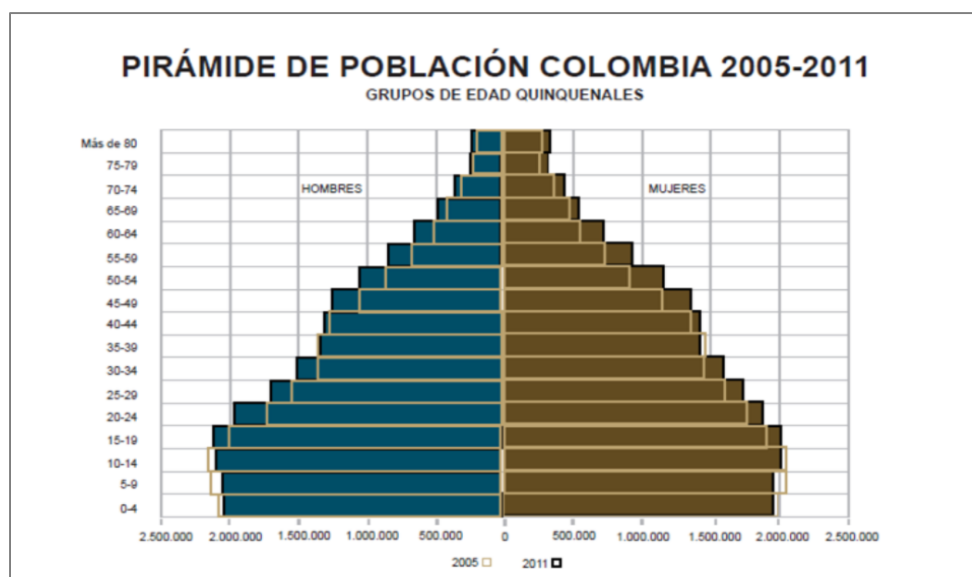
Comparando para Colombia la tasa cruda de natalidad por cada 1.000 habitantes, (medida del impacto de la fecundidad sobre el crecimiento de la población, que refleja una correspondencia estimada entre el número total de nacimientos durante un año con la población total para ese mismo periodo), se observa una importante disminución en el número de nacimientos por año, tal como se muestra en la siguiente tabla y la gráfica que evidencia los cambios de la pirámide poblacional, lo cual afecta directamente el perfil epidemiológico de la población y crea nuevos retos en la atención en salud, que deberá destinar ahora recursos para una población mayor.

Tabla 1. Dinámica de la tasa cruda natalidad en Colombia 2002-2013

AÑO	Nacidos vivos/ 1.000 habitantes
2002	22.3
2003	21.4
2004	22.3
2005	21.1
2006	20.7
2007	18.7
2008	18.5
2009	20.1
2010	19.8
2011	19.2
2012	18.9
2013	18.8

Nota: No. Nacidos vivos /población total a mediados de año X 1.000
Fuente. Indicadores básicas situación salud 2002-2013

Figura 1. Dinámica de la pirámide poblacional Colombiana 2005-2011



Fuente: Indicadores básicas situación salud 2002-2013

Del mismo modo, existen cambios en la esperanza de vida de la población que de manera directa expone a los servicios de salud a la necesidad de atención de usuarios con enfermedades crónicas no transmisibles, degenerativas y la inminencia de garantizar cuidados que satisfagan sus necesidades hasta su fallecimiento.

Según estimaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en colaboración del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, la esperanza de vida para ambos sexos en Colombia ha pasado de 71.9 años a 74.0 entre los años 2002 y 2013, mostrando un aumento progresivo; siendo las mujeres las que cuentan con un mayor número de años en su expectativa de vida.

Tabla 2. Dinámica de esperanza de vida al nacer en Colombia 2002-2013

AÑO	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
2002	71.9	69.2	75.3
2005	72.9	69.9	75.9
2006	73.1	70.1	76.1
2007	72.9	9.2	76.6
2008	73.1	69.5	76.8
2009	73.2	69.6	77.0
2010	73.4	69.9	77.2
2011	73.8	70.2	77.5
2012	74.0	70.4	77.7
2013	74.0	70.4	77.7

Nota: Número de años

Fuente. Indicadores básicas situación salud 2002-2013

2.1 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

La carga de enfermedad dentro de la población ha cambiado en los últimos años, en relación con los avances tecnológicos. Encontrando que enfermedades con altas cifras de mortalidad hace algunos años, hoy logren ser tratadas de manera completa o a través del alivio de sintomatología relacionada, lo que aumenta el tiempo de vida de la población.

Dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles, que más frecuentemente requieren el uso de terapias paliativas para su manejo se encuentran; aquellas relacionadas con procesos neoplásicos y neuro-degenerativos; los cuales se han hecho

visibles, gracias al incremento en el acceso a pruebas diagnósticas y consulta especializada.

Para facilitar la distinción de enfermedades crónicas en la población, frente a otras patologías existentes, Robledo & Escobar (2010) las define como:

Procesos de evolución prolongada, que no se resuelven espontáneamente y rara vez alcanzan una cura completa, las cuales generan una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación. Tienen una etiología múltiple y con un desarrollo poco predecible, presentan múltiples factores de riesgo. (p. 2)

Dentro de las patologías crónicas no transmisibles se encuentran: Las relacionadas con el aparato circulatorio, enfermedades isquémicas, cerebrovasculares; cirrosis y otras enfermedades hepáticas, así como diabetes mellitus y neoplasias de todo tipo, caracterizadas por la disminución de la capacidad funcional del individuo y la cronicidad de las mismas; donde las intervenciones directas en salud impactan de manera significativa la calidad de vida del paciente.

Tabla 3. Tasa de mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles/ 100.000 habitantes, Colombia 2003-2011

CAUSA MORTALIDAD	2003	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Enfermedades del aparato circulatorio	122.1	118.9	119.8	130.2	133.1	131.1	132.2	127.5
Enfermedad isquémica cardiaca en mayores de 45 años	267.1	264.2	254.1	265.9	262.3	148.9	263.7	244.2
Enfermedad cerebrovasculares en mayores de 45 años	162.4	152.0	137.5	136.4	136.6	75.5	130.0	119.9
Enfermedades por cirrosis y crónicas del hígado mayores 45 años	13.7	15.5	11.6	12.7	12.5	4.4	12.7	11.9
Diabetes mellitus en mayores 45 años	79.2	79.5	75.8	73.0	70.5	38.8	66.7	56.4
Neoplasias de todo tipo	65.7	65.4	68.4	73.6	74.3	76.3	76.5	78.0
Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores hombres	417.8	435.6	448.5	389.8	389.5	385.4	415.1	376.6
Enfermedades crónicas vías respiratorias inferiores mujeres	261.3	283.2	289.5	263.4	266.6	279.7	303.1	261.3

Fuente. Indicadores básicos - situación salud Colombia 2003-2011

Las proyecciones son poco alentadoras, teniendo en cuenta que en los próximos años el número de personas que se verán afectadas por enfermedades crónicas en fases terminales van a superar de manera amplia los casos reportados en la actualidad; aumentando la cifra de defunciones por estas causas y el requerimiento de medidas de soporte hacia el final de la vida, así como la suplencia de funciones vitales básicas.

El aumento en la esperanza de vida y la prevalencia en la población de enfermedades crónicas; demanda cuidadores con mayor conocimiento y destreza para la atención de estas personas; Estos en la mayoría de los casos tienen vínculos de tipo familiar con el paciente. Situación que claramente demandan tiempo y dedicación de quienes son acompañantes permanentes de sus familiares ahora enfermos, y en quienes recae la responsabilidad de un cuidado optimo, que evite reingresos hospitalarios y la garantice la continuidad del tratamiento.

Es por esto que se hace necesario que una vez el paciente sea incluido dentro de un programan de atención domiciliaria, cuente con el respaldo de todo el personal asistencial, capaz de entrenar y acompañar de manera periódica o permanente a familiares durante todas las etapas de la enfermedad.

3. DESCRIPCIÓN DE LAS INTERVENCIONES

Dentro del presente trabajo, se buscó la comparación de dos tipos de alternativas disponibles en diferentes países, para la atención de los pacientes afectados por enfermedades crónicas, que presentan condiciones de deterioro avanzados y escasas o nulas posibilidades de curación, en donde los servicios hospitalarios generales se ven limitados a: La atención de sintomatología, Soporte nutricional y apoyo de necesidades básicas; las dos alternativas de estudio y comparación son: Atención hospitalaria Vs. Manejo paliativo domiciliario.

3.1 CUIDADO PALIATIVO

Inicialmente, es necesario conocer lo que en la legislación y literatura vigente en salud es comprendido como cuidado paliativo, y el tipo de servicios que estas unidades de atención ofertan a la población.

En 1980 la OMS incorpora oficialmente el concepto de Cuidados Paliativos y promueve estos como parte del Programa de Control de Cáncer. Una década y media después la PAHO (Organización Panamericana de la Salud) también lo incorpora oficialmente a sus programas asistenciales (Del rio & Palma, 2007).

Existen múltiples enunciados de diferentes autores frente a la definición de cuidados paliativos, por ejemplo, la última definición de los Cuidados Paliativos que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS) data del año 2002, donde se definen estos como:

El cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxima calidad de vida posible para el paciente y su familia. Muchos aspectos de los cuidados paliativos son también aplicables en fases previas de la enfermedad conjuntamente con tratamientos específicos. (OMS, 2002)

Otra visión, es la del autor Fornells (2000), quien menciona que:

Los cuidados paliativos se refieren a la atención activa, global e integral de las personas que padecen una enfermedad avanzada, progresiva e incurable y de sus familias, cuyos objetivos básicos consisten en el control del dolor y demás síntomas, el apoyo emocional al enfermo y su familia y preocupación por su bienestar y calidad de vida. (p.67)

La Organización Panamericana de la Salud define Cuidados Paliativos como:

Los cuidados apropiados para el paciente con enfermedad avanzada y progresiva donde el control del dolor y otros síntomas, así como los aspectos psicosociales y espirituales cobran mayor importancia. El objetivo...es lograr la mejor calidad de vida posible para el paciente y su familia. La medicina paliativa afirma la vida y considera el morir como un

proceso normal. Los cuidados paliativos no adelantan ni retrasan la muerte, sino que constituyen un verdadero sistema de apoyo y soporte para el paciente y su familia. (Barón, 1995)

Los cuidados paliativos implican la intervención de un equipo interdisciplinario, donde distintos profesionales hacen parte de la atención integral del paciente, el acompañamiento a sus familiares durante todos los procesos de la enfermedad, e incluso al final de la vida, proporcionando soporte durante el duelo. Algunos de los profesionales que con mayor frecuencia conforman estos programas son: Médico general, anesthesiologists, enfermeras profesionales, trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas del área física, ocupacional y respiratoria; nutricionistas e incluso consejeros espirituales.

En muchos centros de atención, el programa de cuidado paliativo se encuentra bajo la coordinación de Clínicas de Dolor y estas a su vez dependen de departamentos de anestesiología y medicina interna.

Un programa de cuidado paliativo efectivo, deberá cubrir las siguientes necesidades del paciente:

- Soporte nutricional
- Cuidados de la piel
- Cuidado de heridas

- ▮ Suplemento de oxígeno
- ▮ Optimizar la autonomía del paciente
- ▮ Manejar el dolor y otros síntomas físicos
- ▮ Apoyar psicológica y espiritualmente al paciente y su red de apoyo
- ▮ Asistir activamente al paciente y la familia en el proceso de duelo anticipado.
- ▮ Promover ambientes confortables para el paciente y su familia
- ▮ Colaborar con los equipos tratantes en el desarrollo de planes terapéuticos centrados en el paciente
- ▮ Facilitar la comprensión por parte del paciente tanto del diagnóstico de su enfermedad de base como de su pronóstico, con el fin de promover una toma informada de decisiones y la definición anticipada de conductas terapéuticas. (Del rio & Palma, 2007).

Por su parte la Organización Mundial para la Salud, (OMS), destaca los cuidados paliativos como aquellos destinados a afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso normal, que no buscan ni adelantar ni posponer la muerte. Así mismo su responsabilidad fundamental reside en el alivio de los síntomas e integración de los aspectos psicológicos y espirituales de los pacientes, intentando realizar los cuidados en el entorno natural del enfermo. Así mismo, ofrecen un soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte, considerando la enfermedad en función del sufrimiento que provoca. (Espinosa, 2006).

La Organización de los Estados Americanos (OEA) 1990, en su informe 804, destaca como objetivos de los cuidados paliativos, los siguientes:

- Proporcionar alivio del dolor y otros síntomas angustiantes
- Reafirmar la importancia de la vida, aun en la etapa terminal
- Integrar los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales
- Facilitar que el enfermo lleve una vida tan activa como sea posible
- Establecer un cuidado que no acelere la llegada de la muerte ni tampoco la posponga artificialmente

- Ofrecer un sistema de apoyo a la familia para ayudarla a afrontar la enfermedad del ser querido y sobrellevar el duelo (Sánchez, 2008).

En este sentido Sánchez (citado por González, 2006) y Fornells (2000), señala que los beneficios que ofrece los cuidados paliativos dentro de los que se destaca la posibilidad de que el paciente mantenga su rol social y familiar con sus allegados, disponer de su tiempo y disfrutar de éste como le sea posible, cambiar hábitos de vida que puedan producir rechazo o sufrimiento; mantener su intimidad y realizar actividades ocupacionales; conservar el ambiente conocido, donde están sus cosas, sus recuerdos, donde ha permanecido la mayor parte del tiempo. La alimentación es variada, y los horarios no son estrictos.

Así mismo, se mencionan beneficios para la familia y los cuidadores que incluyen mayor facilidad para la interacción con el paciente, la posibilidad de encontrarse en un entorno conocido y dominado por la familia; mayor disponibilidad del tiempo necesario para realizar los cuidados sin prisa ni presión externa a libre demanda del paciente. Satisfacción por la participación activa en el cuidado, el proceso de duelo se realiza en forma progresiva evitando el riesgo de duelo patológico y estrés postraumático, al igual que respeto por la voluntad del paciente.

Dentro de las ventajas que para el sistema de salud supone la inclusión de los pacientes a programas de cuidado paliativo se encuentran: Disminución en el uso del servicio de urgencias, Reducción del número de ingresos hospitalarios. Incremento en el ahorro al

sistema sanitario, Mejora la calidad de atención del sistema de salud, Aumento de la cobertura asistencial. Evita la realización de tratamientos innecesarios, Disminución de la posibilidad de caer en obstinaciones terapéuticas.

De acuerdo a la revisión literaria y la evidencia científica, los pacientes que con mayor frecuencia se encuentran inscritos dentro de un programa de cuidado paliativo son aquellos cuyas sintomatologías se relacionan con enfermedades oncológicas en fases terminales, pacientes cuyo pronóstico de vida es menor a 6 meses o un año como máximo. Pacientes con enfermedades crónicas no oncológicas en estados terminales. Enfermos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) documentado y progresivo, enfermedades respiratorias: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con insuficiencia respiratoria y reagudizaciones, personas con enfermedad cardiovascular, insuficiencias refractarias al tratamiento, no quirúrgicas ni trasplantes, enfermedad hepática crónica, cirrosis hepática con paracentesis. Afectados por enfermedades neurológicas, demencia en progresión, enfermedad de Parkinson, accidente cerebro vascular (ACV) severo sin tratamiento específico y pacientes con enfermedad renal, insuficiencia renal crónica sin posibilidades de diálisis o trasplantes renal.

3.2 CUIDADO HOSPITALARIO CONVENCIONAL

La atención hospitalaria convencional, hace referencia al servicio que se brinda a los usuarios una vez son ingresados en instituciones de salud para recibir tratamiento médico y/o quirúrgico, para el alivio de alguna sintomatología o la detección de un proceso patológico.

De acuerdo a los niveles de atención en los que se clasifican las instituciones y según la complejidad de sus servicios, estos tendrán un portafolio específico que podrán ofrecer a los pacientes y sus familiares, los cuales serán más o menos especializados de acuerdo a las necesidades médicas identificadas.

Así mismo, para la prestación de servicios de salud las instituciones cuentan con áreas y departamentos de apoyo, que complementan el cuidado integral del paciente y hacen que este sea más efectivo y oportuno, como son: Servicios de alimentación y soporte nutricional, psicología, apoyo terapéutico, lavandería, servicios de farmacia y dispensación de medicamentos, los cuales serán consumidos por cada paciente de acuerdo a sus necesidades de cuidado.

Los hospitales y clínicas cuentan con profesionales permanentes que brindan atención a aquellos usuarios que se encuentran internados; dicha atención deberá comprender que se ha de abarcar un sinnúmero de pacientes a fin de que todos tengan acceso a las consultas y procedimientos requeridos. Al hablar de pacientes con necesidades paliativas, cuyas opciones de curación y/o rehabilitación han sido mermadas de acuerdo

a su pronóstico médico, el uso de recursos se destina exclusivamente a la atención nutricional, el apoyo de necesidades básicas como la higiene, el uso de medicamentos para el control del dolor y terapias asociadas. Requerimientos que podrían ser suplidos en instituciones de muy baja complejidad o en el ámbito doméstico.

3.3 ATENCIÓN DOMICILIARIA

Los nuevos programas de atención domiciliaria en salud, cada día cobran más fuerza en distintos países del mundo, porque van más allá de la simple prestación de servicios en el domicilio del paciente, sino que además proporcionan herramientas, recursos y posibilidades que realmente impactan y mejoran la calidad de vida de los usuarios. De ser efectivos estos programas generaran mayor credibilidad, confianza y seguridad por parte de todos las partes involucrados y se verá reflejado aumento en la demanda.

Pese a la gran variedad de definiciones encontradas en la literatura en torno al concepto de Atención Domiciliaria, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como:

La provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales en el hogar con el fin de promover o restablecer el máximo nivel de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendientes a dignificar la muerte” (González & Acevedo, 2009, p. 4)

Es así que la asistencia domiciliaria es el conjunto de actividades que tienen como objetivo la prestación de servicios de salud en el hogar del usuario dentro de su ambiente

cotidiano, con una orientación integral con atención en promoción y prevención terapéutica y rehabilitadora con un trabajo en equipo del sector salud, paciente y familia.

Dentro de las ventajas de la hospitalización domiciliaria se incluyen: Mayor participación de los pacientes y la familia, Responsabilidad en el cuidado, Incremento en los niveles de calidad de vida, Intimidad y bienestar del paciente, Asistencia personalizada y con un sentido más humano, Promoción de la educación para la salud y su cuidado y la prevención de la deserción en los tratamientos.

Por su parte para las instituciones que ofertan los servicios de atención domiciliaria, que en la mayoría de casos dependen de hospitales y clínicas con un alto nivel de complejidad, la atención domiciliaria les permite; Mayor rentabilidad de sus recursos disponibles, aumento en la rotación y disponibilidad de camas, disminución de estancias innecesarias, reducción presupuestaria y la posibilidad de mejorar y desarrollar otros servicios de internación.

Para los sistemas de salud la atención domiciliaria presenta una importante oportunidad para el incremento en la eficacia y efectividad mediante una asistencia más humanizada, el uso más eficiente de los recursos sanitarios; la posibilidad de integrar y mejorar las relaciones entre los diversos niveles asistenciales, promover la atención continuada, integral y multidisciplinaria entre los profesionales de atención primaria, hospitalaria y social.

Para que un paciente sea incluido dentro de los servicios de atención domiciliaria en salud, es necesario que cuente con unos criterios mínimos de inclusión a fin de garantizar la efectividad de los tratamientos y la seguridad en la prestación, dentro de los cuales se enlistan:

- Estabilidad hemodinámica y respiratoria
- Que el paciente realmente desee estar en su hogar
- Que la familia desee y pueda atender al paciente
- Solicitud expresada del paciente o del familiar de la atención
- Aceptación del manejo domiciliario por parte del paciente y del responsable a través del consentimiento informado.
- Se deben proporcionar los recursos técnicos y de otro tipo necesarios para que los pacientes reciban cuidados de calidad.
- Aceptación voluntaria del paciente y la familia, tras recibir la información adecuada sobre el programa y el tipo de atención en el domicilio.
- La vivienda debe poseer ciertos requisitos mínimos en su estructura física, de modo que no pueda actuar como factor de riesgo de complicaciones

- Vivienda preferiblemente ubicada dentro del perímetro urbano y zona de georreferenciación determinada por cada institución, con adecuado acceso vehicular.
- Existencia de servicios públicos básicos (agua, luz, alcantarillado y teléfono) en el domicilio del paciente para mantener comunicación permanente y ofrecer manejo en un medio con condiciones mínimas de higiene y salubridad.
- Cuidador permanente domiciliario durante el tratamiento en casa, que garantice el adecuado manejo del paciente. Este debe tener la capacidad física y mental adecuada.
- El servicio de atención domiciliaria debe estar bien coordinado e integrado con los otros servicios sanitarios (hospital, servicios de urgencias, servicios sociales y atención primaria).

La atención domiciliaria será interrumpida en los casos en los que la voluntad del paciente o sus cuidadores así lo manifiesten, por incumplimiento del proceso de manejo por parte del paciente o cuidador; una vez este haya fallecido o por complicaciones que requieran su reingreso a una institución hospitalaria (González & Acevedo, 2009), (Mitre, et al., 2001).

4. CÓMO PODRÍAN FUNCIONAR LAS INTERVENCIONES

La ocupación hospitalaria, así como la cantidad de personal con que cuentan las instituciones, hace que resulte aún más difícil la estancia de pacientes con necesidades crónicas de tipo paliativo, quienes en la mayoría de los casos podrían ser atendidos en centros de baja complejidad o con cuidados en casa, generando espacios hospitalarios para pacientes con necesidades agudas, que requieren la valoración constante de especialistas y el uso de medios diagnósticos y terapéuticos intrahospitalarios.

Del mismo modo, la razón de médicos generales y enfermeras profesionales para la población colombiana es aún muy reducida, promoviendo la participación de la familia y personas cercanas en el cuidado del paciente crónico.

Tabla 4. Razón de médicos y enfermeras profesionales, Colombia / 1.000 habitantes 2003-2011

AÑO	MÉDICOS	ENFERMERAS PROFESIONALES
2003	1.37	0.56
2004	0.71	0.54
2006	0.8	0.7
2007	0.8	0.6
2008	0.9	0.8
2009	1.4	0.8
2010	1.0	0.7
2011	1.0	0.8

Fuente. Indicadores básicas situación salud Colombia 2002-2013

Las instituciones de salud enfrentan hoy el importante reto que supone la atención de eventos agudos y crónicos agudizados que conducen a la población al consumo de recursos humanos, físicos, económicos y sociales de los que disponen las organizaciones, haciendo que cada vez sea más limitada la capacidad de hospitales y centros de atención para el cuidado de usuarios con necesidades de atención crónica y paliativa.

En Colombia existe un déficit de médicos y personal de salud para el cubrimiento de la población, la capacidad hospitalaria se encuentra evidentemente reducida, haciendo que se dé prioridad a la atención de urgencias y servicios de atención inmediata, con la importante limitación para el acceso que supone la atención de pacientes crónicos en servicios que deberían estar destinados a la resolución de problemas médicos, diagnóstico y tratamiento oportuno de individuos con necesidades hospitalarias.

Según las estadísticas sanitarias mundiales, calculadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para el año 2012 Colombia contaba con 10 camas por cada 10.000 habitantes, en los diferentes servicios ofertados por las instituciones de prestación en salud; lo cual indica que existe una carencia importante en la capacidad instalada de clínicas y hospitales, razón por la cual el gremio médico debe hacer una adecuada selección de las personas que serán internadas y de aquellos que pueden ser manejados en casa, de manera integral.

Las instituciones de salud como responsables y garantes de los derechos de los usuarios, deberán gestionar de manera correcta las altas hospitalarias, la forma en la que se hará seguimiento y se velará por el cuidado de los pacientes crónicos, a fin de incrementar o mantener los niveles de calidad de vida, disminuyendo la posibilidad de reingresos hospitalarios, así como garantizando al paciente un adecuado acompañamiento al final de la vida.

Tal como lo propone Pino (2009) en Cuidados paliativos: Evolución y tendencia:

Se encuentran los tratamientos cada vez más eficaces para prolongar la vida que han llevado a que la sociedad deba resolver espinosos problemas éticos y jurídicos, ligados al uso apropiado de los recursos de salud y a la calidad de los cuidados. (p. 1)

No obstante, la atención de estos casos no puede llevar al personal de salud a desconocer las necesidades de atención de la población crónica y terminal, quienes son beneficiarios de derechos inherentes a su condición humana y altamente vulnerables a la falta de atención oportuna y adecuada según su condición.

Es por esto que se hace emergente la consecución de nuevos modelos que orienten el cuidado paliativo, reconociendo las necesidades propias de los pacientes que se ven confrontados con la idea de una corta esperanza de vida, la incertidumbre de un proceso de muerte doloroso y traumático, dentro de las instituciones hospitalarias, alejados de su familia.

Situación que describe de manera amplia Lama (2004):

Nosotros sabemos casi con seguridad que la mayor parte de los pacientes que mueren en este país lo hacen con un dolor que no merecen, con disnea que pudiera aliviarse, en abandono antes que en la reconfortante compañía de sus seres queridos, con terapias desesperadas e inútiles que no quisieran y que no pueden ayudarlos. Nosotros también tenemos algunos grandes ejemplos de excelencia en el cuidado de los pacientes al final de la vida. La mejor práctica está basada en la mejor ciencia. Pero estas no son prácticas generalizadas. Ellas son muy raras. Lo mejor es la excepción. (p. 34)

Resulta necesario que se creen programas de atención al paciente terminal, que incluyan el acompañamiento físico y emocional para el paciente y sus cuidadores, que les permita realizar un duelo efectivo y una atención integral, sin que el soporte hospitalario se vea afectado.

Igualmente cabe destacar que dichos programadas deben ser evaluados teniendo en cuenta la pertinencia económica y la eficacia en términos de reducción de ingresos hospitalarios, disminución de las complicaciones, bienestar físico y emocional de los pacientes y satisfacción de los familiares y seres queridos como acompañantes del proceso.

5. OBJETIVOS

Durante el desarrollo del presente trabajo se propusieron los siguientes objetivos como orientadores de la investigación y a través de los cuales se analizarían los resultados.

5.1 OBJETIVO GENERAL

■ Describir las diferencias en costo-efectividad del cuidado paliativo domiciliario frente a la atención convencional hospitalaria para el manejo de enfermedades crónicas en fase terminal a través de una revisión sistemática de la literatura.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

■ Identificar las principales conclusiones en comparación de costos del manejo hospitalario y la atención domiciliaria para el cuidado paliativo de las enfermedades crónicas en los estudios revisados entre los años 1999 - 2013

■ Identificar las principales conclusiones en comparación de efectividad del manejo hospitalario y la atención domiciliaria para el cuidado paliativo de las enfermedades crónicas en los estudios revisados entre los años 1999 - 2013

6. MÉTODOS

Para el análisis de las diferencias de costo efectividad del cuidado paliativo domiciliario versus hospitalario, se desarrolló una metodología de revisión sistemática de estudios previamente desarrollados por otros autores, que permitió hacer una clasificación de las ventajas de las dos alternativas y sus conclusiones.

La revisión sistemática de estudios de costo efectividad, fue realizada a través de una metodología cualitativa; que permitió la síntesis de artículos y documentos de investigación, la caracterización de los estudios, su inclusión o exclusión de acuerdo a los criterios previamente definidos.

Se utilizó la metodología Cochrane de revisiones sistemáticas, cuyo propósito es aportar la mejor evidencia disponible y más actualizada sobre los efectos de las intervenciones en salud, para ser utilizadas por los usuarios, los clínicos y los responsables de las políticas de salud, en la tomar de decisiones sanitarias.

Las revisiones sistemáticas dentro del estudio proporcionan una perspectiva sobre los efectos de las intervenciones en la atención en salud, se nutren de todos los ensayos clínicos disponibles sobre una intervención específica (atención domiciliaria versus hospitalaria en cuidado paliativo); que son incluidos o excluidos de acuerdo con criterios

estrictos que minimizan sesgos y aumentan la fiabilidad de sus conclusiones y recomendaciones.

Los artículos analizados incluyen comparativos de costo-beneficio, costo-efectividad y costo-utilidad, en ámbitos hospitalarios y domiciliarios en el cuidado de pacientes crónicos terminales de diferentes grupos etarios y patologías de base.

Se estableció la metodología de revisión sistemática, teniendo en cuenta que es éste enfoque el que permite mayor reflexión a partir de investigaciones encontradas en bases de datos, y publicaciones indexadas. Tal como lo define Fuensanta (s.f) en su libro lectura crítica de un metaanálisis y de una revisión sistemática:

Una revisión sistemática es un artículo de investigación, sobre una pregunta concreta, que identifica estudios relevantes, valorando su calidad y sintetizando sus resultados, utilizando una metodología científica. Su singular valor y utilidad está en reunir un número de estudios, realizados de manera independiente, a veces con resultados opuestos y sintetizar sus resultados. (p. 299)

Las revisiones sistemáticas resultan de gran utilidad para la comunidad médica y para los encargados de la toma de decisiones en salud, al lograr sintetizar una gran cantidad de información y de estudios publicados en torno a un tema específico, haciendo posible la obtención de conclusiones más breves y precisas que orienten la toma de estas decisiones y puedan alimentar la medicina basada en la evidencia, de cara al bienestar del individuo y su familia.

6.1 CRITERIOS PARA CONSIDERAR ESTUDIOS PARA LA REVISIÓN

Teniendo en cuenta el amplio número de publicaciones que pueden encontrarse en la literatura universal en torno a un mismo tema, es necesario clasificar la búsqueda de estos a través de la inclusión de unos criterios de selección, que permitan desarrollar de manera más efectiva los objetivos propuestos.

Los estudios incluidos en la presente revisión, se filtraron a partir de bases de datos que contienen publicaciones de carácter investigativo con reconocimiento por su solidez metodológica, confiabilidad y validez de los datos suministrados. Nuevamente se filtraron según la mejor evidencia científica en torno a la atención paliativa en casa y hospitalaria; posteriormente se estableció el tipo de participantes que deberían estar incluidos en estos, la forma en la que fueron determinados los desenlaces y cuáles se considerarían de relevancia para la emisión de conclusiones.

6.1.1 Tipos de Estudios

A partir de la multiplicidad de diseños metodológicos que se pueden encontrar en la literatura universal, a través de diversos métodos de rastreo de la información, se seleccionaron los siguientes para ser incluidos dentro de la presente revisión, teniendo en cuenta que sería los que suministrarían la mejor evidencia:

- Ensayos clínicos
- Revisiones sistemáticas de buen nivel de evidencia

- Estudios de doble ciego: “Cuando se trata únicamente de la asignación ciega, tanto por parte del investigador como por parte de los participantes al estudio” (Colimon, 1990)
- Estudios de casos y controles: “Representan una estrategia muestral en la que se selecciona a la población en estudio con base en la presencia (caso) o ausencia (control o referente) del evento de interés” (Lazcano, 2001).
- Metaanálisis: “Todo análisis estadístico de un gran colección de resultados de la literatura individual, con el propósito de integrar los resultados. Puesto que el método utiliza usualmente como datos los estadísticos resumen derivados de informes publicados de estudios individuales, es un análisis de un análisis estadístico” (Glass, 1976).

6.1.2 Tipo de Participantes

Durante la búsqueda activa de estudios y la clasificación de los mismos a través de sus niveles de evidencia y aporte a la investigación, se incluyeron estudios que describieran la atención paliativa hospitalaria y/o domiciliaria para cualquiera de los siguientes casos:

- Pacientes en cualquier etapa de su ciclo vital.

- Documentos en los que se hubiera estudiado población de ambos sexos.
- Investigaciones que narraban la participación de pacientes en alguna de las dos modalidades de atención para cuidado terapéutico analizadas.
- Publicaciones que mencionen pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica, se incluyeron afecciones como: Cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades neurodegenerativas; insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes mellitus y sus complicaciones.
- Estudios con participantes diagnosticados con enfermedades crónicas cuyo pronóstico clínico no superaba 1 año de vida.
- Artículos que describieran casos de pacientes sin posibilidades de recuperación y que no se encontraban recibiendo tratamiento para su enfermedad, se seleccionaron sólo aquellos en los que los participantes requerían apoyo paliativo.
- Estudios en los que se describiera de manera detallada el retiro de los participantes por abandono del estudio, rechazo en la participación, muerte y otros.

6.1.3 Tipo de Intervenciones

De acuerdo a lo descrito en el capítulo de descripción de intervenciones, para el rastreo de estudios se incluyeron solamente aquellos que describían de manera detallada las modalidades de cuidado paliativo en el hogar y/u hospitalaria, y a partir de estas se analizarían los comportamientos de las dos tendencias, sus diferencias y similitudes.

Se descartaron para esta revisión los estudios que hacían narrativas y análisis de otro tipo de intervenciones, como la creación de unidades de cuidado paliativo a través de servicio de consulta externa, en los cuales no se podía determinar de manera exacta la convivencia del paciente dentro de su entorno natural o en centros de ingreso hospitalario.

6.1.4 Tipos de Medidas de Desenlace

Las medidas de desenlace no se consideraron un criterio de inclusión, teniendo en cuenta que la presente revisión busca determinar las diferencias entre las dos modalidades de cuidado. Los Estudios incluidos fueron realizados con diversos diseños metodológicos, lo cual inducía a la determinación de diferentes maneras de medición de resultados.

El presente trabajo recolecta estudios realizados en diferentes países, por lo que se utilizan diferentes escalas y formas de medición de acuerdo a los estándares internos.

Sin embargo, dichas medidas de desenlace fueron tenidas en cuenta y se explican en la sección de resultados, como ilustración de las formas de medición utilizadas dentro de los artículos revisados.

6.1.4.1 Desenlaces Principales

Los desenlaces a los cuales se asignó mayor relevancia dentro de la lectura y análisis de los estudios fueron los que se describían las diferencias en costos cualitativos del cuidado paliativo en casa y hospitalario, bien fuera que estos expresaran reducción o incremento; así como la descripción del uso de recursos económicos derivados de cada modalidad de atención.

El segundo desenlace principal a analizar, fue la medición de diferencias en efectividad de las dos alternativas de cuidado, las cuales reflejaban de manera amplia el impacto de cada una de ellas, así como la descripción de ventajas e inconvenientes de su implementación.

6.1.4.2 Desenlaces Secundarios

Dentro de los desenlaces secundarios, y como apoyo al análisis de diferencias en costo y efectividad de las dos intervenciones estudiadas, se estipularon los siguientes criterios que deberían ser descritos en todos los estudios para considerar su inclusión:

- ▮ Lugar de fallecimiento del paciente
- ▮ Alivio de la sintomatología para la cual se incluyó en el programa de cuidado paliativo.
- ▮ Satisfacción de pacientes y familiares con la atención prestada en las dos modalidades de cuidado.
- ▮ Número de ingresos hospitalarios, por cualquier causa, especialmente aquellos relacionados con agudización de patologías y/o exacerbación de síntomas.
- ▮ Días promedio de estancia, posterior al ingreso hospitalario.

6.2 MÉTODOS DE BÚSQUEDA PARA LA IDENTIFICACIÓN DE ESTUDIOS

Para la búsqueda de los posibles artículos que formarían parte de la revisión sistemática, se realizó la exploración de palabras clave en los encabezados de tema, las cuales servirían como descriptores, de las búsquedas realizadas a través de la metodología MeSH, estableciendo las siguientes palabras de búsqueda: Palliative care, Palliative therapy, Palliative treatment, Chronic disease; Chronic disease hospital.

A partir de estas palabras se realizaron búsquedas en diferentes bases de datos como: Cochrane Library, Pubmed, Science Direct, Medline, y rastreos específicos en catálogos y bases de datos de universidades.

El rastreo inicialmente se ejecutó por búsquedas sencillas, posteriormente se revisaron a través de búsqueda avanzada distintas combinaciones:

Palliative Care [AND] Home care

Palliative Treatment [AND] Chronic Disease

Palliative Care [AND] Chronic Disease Hospital

Dichas búsquedas se filtraron a través de la aparición de estas palabras como “palabra clave”, dentro de la descripción del documento, dado que la filtración por inclusión en cualquier parte de la búsqueda arrojaría documentación no apta para el objetivo propuesto.

7. RESULTADOS

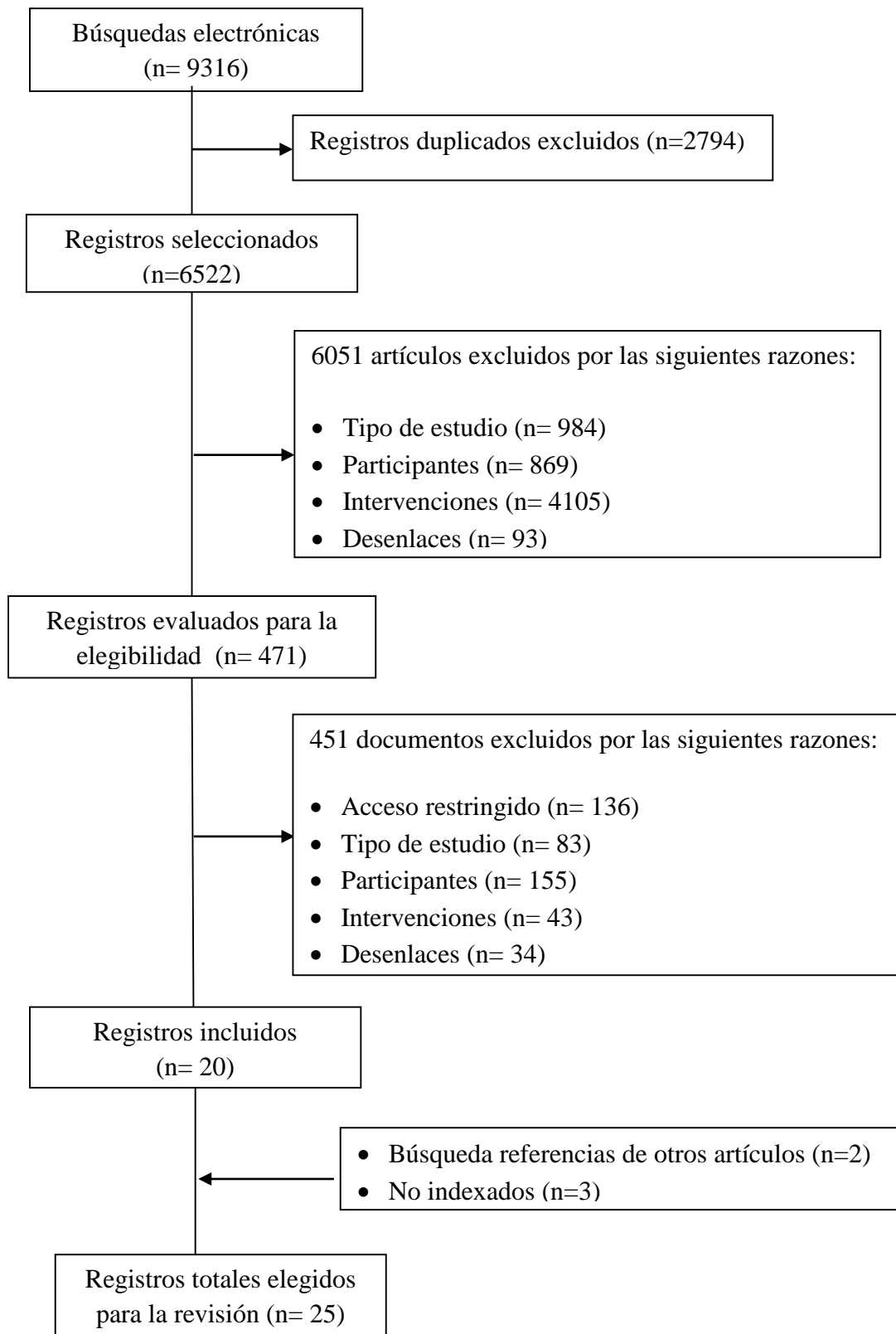
7.1 EXTRACCIÓN DE DATOS

La extracción de datos se realizó de manera conjunta entre los dos investigadores, a fin de que cada uno identificara el mayor número posible de artículos relaciones a través de los filtros ya mencionados. Posteriormente estos rastreos se unificaron para así descartar los artículos duplicados.

Se identificaron 9316 registros al realizar la búsqueda en las bases de datos a través de las palabras claves anteriormente mencionadas, posteriormente a esto se eliminaron los duplicados resultantes de la búsqueda de los dos investigadores, se realizó exclusión de 6051 artículos, luego de la lectura de títulos y la descripción rápida de documentos que no cumplían los criterios de inclusión por tipo de estudio, participantes, tipo de intervenciones y desenlaces.

Se revisaron los resúmenes de 471 expedientes para una evaluación más detallada, de donde además de los criterios de inclusión ya mencionados se dejaron únicamente aquellos cuyo acceso fuera permitido para lectura en texto completo.

Figura 2. Proceso de extracción de datos.



Fuente: Autoras

Tabla 5. Compilación de artículos incluidos en la revisión sistemática

	REFERENCIA	PAÍS DE ORIGEN	TIPO DE ESTUDIO
1.	Serra-Prat, M. (2001). (2001). Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. <i>Palliative Medicine</i> . 100(15), 271-278	España	Casos y controles doble ciego
2.	Allende, S., Flores, P., & Flores, C. (2000). Cuidados paliativos domiciliarios en pacientes con cáncer cervicouterino en etapas avanzadas. <i>Revista del instituto nacional de cancerología</i> . 46(1), 10-16	México	Casos y controles
3.	Fornells, H. (2000). Cuidados Paliativos en el Domicilio. <i>Acta Bioethica</i> . 6(1), 65-75	España	Estudio de cohortes
4.	González, J. (2007). Increased Satisfaction with Care and Lower Costs: Results of a Randomized Trial of In-Home Palliative Care. <i>The American Geriatrics Society</i> . 55(7), 993-1000	Estados Unidos	Casos controles doble ciego
5.	Aldasoro, E., Pérez, A., & Olaizola, MT. (2003). La asistencia a pacientes en la fase final de la vida: revisión sistemática de la literatura y estudio en el medio hospitalario del País Vasco. <i>Osteba</i> , 100(15), 126-145	País Vasco	Revisión sistemática
6.	Canadian Hospice Palliative Care Association (s.f). Cost-effectiveness of Palliative Care: A Review of the Literature. <i>Saint Vincent Hospital</i> 1(78), 2-78	Canadá	Metaanálisis
7.	Fassbender, K., Fainsinger, R., Brenneis, C., Brown, P., Braun, T., & Jacobs, T. (2005). Utilization and costs of the introduction of system-wide palliative care in Alberta, 1993-2000. <i>Palliative Medicine</i> . 230(19), 513-520	Canadá	Casos y controles

8.	Sanabria, M., & Mendoza, N. (2013). <i>Perfil epidemiológico de pacientes con cáncer en tratamiento ambulatorio en una IPS de Bogotá</i> . Universidad del Rosario, Universidad CES. Colombia	Colombia	Estudio de cohortes
9.	Hall, S., Kolliakou, A., Petkova, H., Froggatt, K., & Higginson, J. (2013). Interventions for improving palliative care for older people living in nursing care homes. <i>The Cochrane Collaboration</i> , 54(12). 1-33	Estados Unidos	Revisión sistemática
10.	Getino, M. (2013). Estudio cualitativo a pacientes de cáncer con soporte paliativo en atención hospitalaria. <i>Ciência & Saúde Coletiva</i> , 18(9), 2531-2539.	Italia	Casos y controles
11.	Eagar, K., Green, J., & Gordon, R. (2004). An Australian casemix classification for palliative care: technical development and results. <i>Palliative Medicine</i> . 420(18), 217-226	Estados Unidos	Casos y controles doble ciego
12.	Bruera, E., & Suarez, M. (1998). Cost effectiveness in palliative care. <i>Palliative Medicine</i> . 340(12), 315-326	Estados Unidos	Casos y controles
13.	Guerriere, D., Zagorski, B., Fassbender, K., Masucci, L., Librach, L., & Coyte, P. (2010). Cost variations in ambulatory and home-based palliative care. <i>Palliative Medicine</i> . 24 (5), 523-532	Canadá	Casos y controles
14.	Brumley, R., Enguidanos, S., & Cherin, C. (2003). Effectiveness of a Home-Based Palliative Care Program for End-of-Life. <i>Journal of Palliative Medicine</i> . 6 (5), 714-724	Estados Unidos	Casos y controles
15.	Chastek, B., Harley, C., Kallich, J., Newcomer, L., Paoli, C., & Teitelbaum, A. (2012). Health Care Costs for Patients With Cancer at the End of Life. <i>American Society of Clinical Oncology</i> . 27(8), 75-80	Estados Unidos	Casos y controles

16.	Penrod, J., Deb, P., Dellenbaugh, C., Burgess, C., Christiansen, C., Luhrs, C., Cortez, T., (...) & Morrison, S. (2010). Hospital-Based Palliative Care Consultation: Effects on Hospital Cost. <i>Journal of Palliative Medicine</i> . 13(8), 973-979	Canadá	Casos y controles
17.	Meier, D. (2011). Increased Access to Palliative Care and Hospice Services: Opportunities to Improve Value in Health Care. <i>Journal of Palliative Medicine</i> . 13(8), 973-979	Reino Unido	Casos y controles
18.	Lacampa, P., Bermúdez, C., Vallejo, S., García, L., & Villegas, R. (2009). Modelos organizativos en cuidados paliativos. <i>Comparación de consumo de recursos. Informes, Estudios e Investigación 2009</i> . Ministerio de Sanidad y Consumo. España	España	Casos y controles doble ciego
19.	Klinger, C., Howell, D., Marshall, D., Zakus, D., Brazil, K., & Deber, R. (2011). Resource utilization and cost analyses of home-based palliative care service provision: The Niagara West End-of-Life Shared-Care Project. <i>Palliative Medicine</i> . 27(2), 115-122	Canadá	Ensayo clínico
20.	Roubicek, J., Salvatore, A., Kavka, C., & Wiersba, C. (1999). Servicio de internación domiciliaria para pacientes con enfermedades agudas y crónicas. <i>Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health</i> . 6(3), 172-177	Estados Unidos	Ensayo clínico
21.	Guest, J., Ruiz, M., Greener M., & Trotman, I. (2006). Palliative care treatment patterns and associated costs of healthcare resource use for specific advanced cancer patients in the UK. <i>Rev European Journal of Cancer Care</i> . 32(15), 65-73	Reino Unido	Casos y controles
22.	Anónimo. (2003). Leading the way in African home-based palliative care. <i>Rev European Journal of Cancer Care</i> . 362(29), 1812-1813	Reino Unido	Casos y controles

23.	Jordhoy, M., Fayers, P., Saltnes, T., Ahlner-Elmqvist, M., Jannert, M., & Kaasa, S. (2000). A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomized trial. <i>The Lancet</i> . 356(9), 888-893	Canadá	Ensayo clínico
24.	Meier, D. (2011). Increased Access to Palliative Care and Hospice Services: Opportunities to Improve Value in Health Care. <i>Journal of Palliative Medicine</i> . 13(8), 973-979	Estados Unidos	Revisión sistemática
25.	Salisbury, C., Bosanquet, N., Wilkinson, E., Franks, P., Kite, S., (...) & Naysmith, a. (1999). The impact of different models of specialist palliative care on patients' quality of life: a systematic literature review. <i>Palliative Medicine</i> . 234(13), 3-17	Estados Unidos	Revisión sistemática

Fuente. Autoras

7.2 CARACTERIZACIÓN DE ESTUDIOS

7.2.1 Clasificación de la Evidencia

La medicina basada en la evidencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo el disponer de la mejor información científica, para ser aplicada a la práctica clínica.

La clasificación de la medicina basada en la evidencia, aporta rigor científico en el diseño de estudios, permitiendo la construcción de escalas de clasificación jerárquica de

evidencia, a partir de las cuales se establecen recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria.

Aunque hay diferentes escalas de evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí, sólo difieren levemente unas de otras; Una de las metodologías de clasificación de evidencias más utilizadas es la propuesta por “El Proyecto de desarrollo de guías basadas en la evidencia del Norte de Inglaterra”, que es la seleccionada en este trabajo. Con esta metodología se jerarquiza la calidad de la evidencia de una forma más elaborada, que tiene en cuenta el tipo de diseño de los estudios, así como los grados de recomendación para la implementación de una práctica en salud.

Tabla 6. Guía de desarrollo de proyectos basados en la evidencia del Norte de Inglaterra, 1996

North of England Evidence Based Guideline Development Project, 1996	
Categorización de la evidencia	
I	Ensayos clínicos controlados, metaanálisis o revisiones sistemáticas bien diseñadas
II	Estudios controlados no aleatorizados bien diseñados (cohortes, casos y controles)
III	Estudios no controlados o consenso
Fuerza de las recomendaciones	
A	Basadas directamente en evidencia categoría I, altamente recomendables
B	Basadas directamente en categoría II, o extrapoladas a partir de evidencia de categoría I. Beneficios superan los perjuicios.
C	Basadas directamente en evidencia de categoría III, o extrapoladas a partir de evidencia de categoría I o II.

Fuente: North of England evidence based guidelines development project: methods of guideline development.

Los niveles de evidencia son entonces, una forma eficaz de determinar el grado de cercanía de los datos a la realidad evaluada, a través de la garantía de rigurosidad metodológica en la recolección, análisis y presentación de resultados.

El nivel I de evidencia está conformado por estudios aleatorizados, que permitan el doble ciego entre participantes e investigadores como forma de asegurar la fiabilidad en los resultados, así mismo, comprende investigaciones realizadas a través de revisiones sistemáticas de la literatura y metaanálisis realizados de manera adecuada.

El II nivel de evidencia comprende todos los estudios que cuentan con un buen diseño metodológico, pero en los cuales se seleccionó de manera directa a los participantes, al grupo de casos y al de controles, de forma que existe una mayor predisposición a sesgos asociados con la selección de participantes; sin embargo, es la precisión metodológica la que hace que el estudio sea veraz.

Dentro del nivel III, se encuentran trabajos realizados a través del consenso de expertos, investigaciones sin menor control en la selección de participantes, con mayores riesgos en la inclusión de sesgos. Los cuales, sin embargo, son de gran relevancia dado que aportan información y conceptos particulares, así como la experiencia teórico práctica de profesionales en torno a un tema específico.

De acuerdo a los niveles de recomendación, la clasificación A, corresponde a aquellos estudios que cuentan con la mayor fiabilidad y por esto deberían utilizarse en la toma de

decisiones dado que proporcionan buena evidencia. Por su parte, las recomendaciones tipo B, tienen un alto grado de recomendación, y los beneficios de las decisiones basadas en estos superan los perjuicios. La evidencia grupo C, indica que los estudios que comprende no son ni aconsejables ni recomendables, por lo cual no puede darse una recomendación general respecto a su uso.

Una vez se clasifica el tipo de evidencia de cada uno de los estudios incluidos en la presente revisión, se encuentra que el 68% cuentan con nivel de evidencia II, el cual incluye estudios de cohortes, casos y controles, entre otros. El 32% de los estudios fueron clasificados como evidencia I, teniendo en cuenta que corresponden a ensayos clínicos, meta análisis y revisiones sistemáticas de buen nivel; lo cual garantiza la calidad de los resultados y su aproximación a la realidad del manejo del cuidado paliativo.

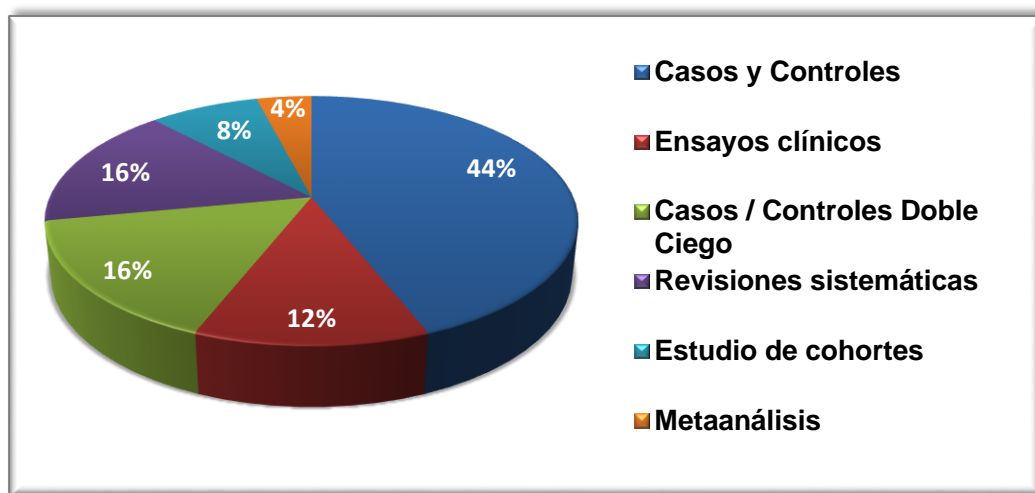
7.2.2 Diseño de Estudios

Una vez recopilados los documentos que se incluyeron dentro de la revisión sistemática, se agruparon de acuerdo al tipo de estudio y diseño metodológico que representaban.

Se incluyeron 11 estudios de casos y controles que no especificaban la forma de elección de los participantes, los cuales representan el 44% de los estudios analizados. 4 estudios adicionales, equivalentes al 16%, correspondían también a casos y controles, los cuales a diferencia de los primeros, si reportaban de manera detallada la selección de participantes mediante la modalidad de doble ciego, para reducción de sesgos.

Las revisiones sistemáticas comprendían un 16% de los estudios revisados, fueron incluidos dos estudios de cohortes (8%), que reunían la evidencia suficiente para la presente revisión sistemática. Por último se estudió 1 meta-análisis como fuente de documentación para la comparación de las intervenciones estudiadas. Se incluyeron 3 estudios que corresponden al 12% que utilizan la metodología de ensayo clínico.

Figura 3. Distribución de artículos por tipo de diseño metodológico



Fuente: Autoras.

7.2.3 Tamaños de Muestra

A partir del número de participantes en cada uno de los estudios, se clasificaron teniendo en cuenta aquellos que tenían menos de 1.000 participantes, dentro de los cuales se ubicaron el 60% de los artículos analizados, comprendiendo muestras entre 35 y 867

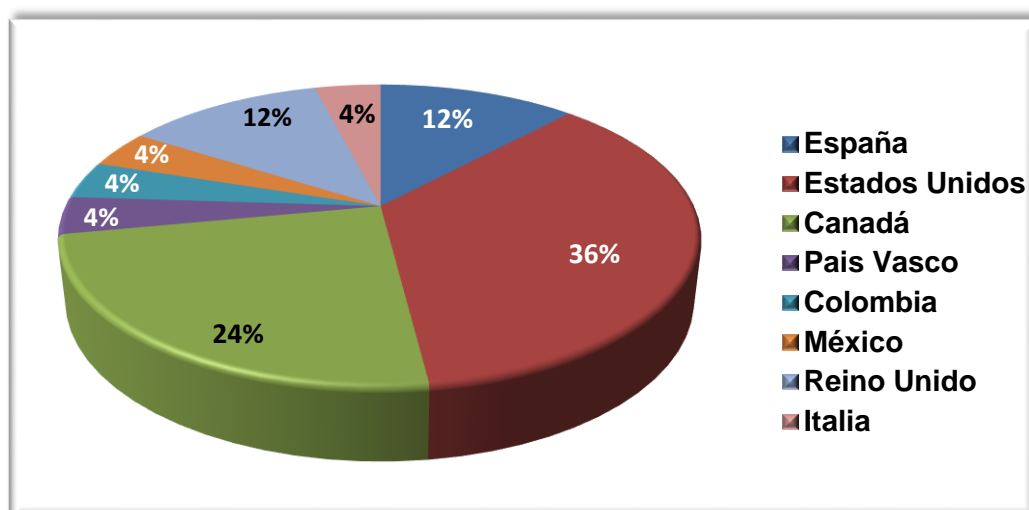
participantes; así mismo se incluyeron 4 estudios que reportaban la participación de más de 1.000 personas (muestra entre 1052-4115), siendo estos el 16% de todas las revisiones, y 8% que identifica a los dos estudios con descripción mayor a 10.000 participantes.

Dentro de las revisiones sistemáticas encontradas se estudiaron un total de 690 artículos de diferentes publicaciones que describían las diferencias en efectividad y/o costos entre la atención domiciliaria y el cuidado hospitalario de pacientes con necesidades paliativas. El 16% de estudios correspondientes a revisiones sistemáticas tenían una variación de inclusión de artículos que oscilaba entre 23 y 383 referencias.

7.2.4 Origen del Estudio

Teniendo en cuenta que la mayor parte de los estudios revisados se encontraron en bases de datos y revistas indexadas, un amplio número de estas investigaciones provienen de países con una desarrollada capacidad investigativa dentro de sus instituciones. Distribuyéndose la georreferenciación así el 36% de los artículos revisados provienen de fuentes de los Estados Unidos, 24% de Canadá, 12% Reino Unido, 12% España, 4% Italia, 4% México, 4% País Vasco y 4% Colombia.

Figura 4. Distribución de estudios incluidos en la revisión, por país de origen.



Fuente: Autoras

7.2.5 Tipo de Participantes

En cuanto al criterio de inclusión de estudios referente a patologías descritas, se encontraron 3 grupos, en los que fueron clasificados los estudios.

El primero corresponde a los artículos y revisiones en las que fueron estudiados pacientes cuyo único diagnóstico de inclusión de enfermedad terminal, era el cáncer que corresponde al 56%, seguido de otras revisiones en las que además del cáncer se incluía otras enfermedades crónicas, responsables de la necesidad de cuidado paliativo que corresponden al 40% de los estudios y un tercer grupo cuyo objetivo era la comparación de las dos alternativas de tratamientos descritos, para pacientes afectados por VIH/SIDA,

el cual cumplía la evidencia suficiente y los criterios de inclusión para la participación en la presente revisión que corresponde al 4% de la muestra.

7.2.6 Edad

La mayoría de los estudios hacen referencia a población en edad avanzada, en la que las patologías crónicas tienen una mayor incidencia. Un estudio hablaba de la atención en pacientes pediátricos, entre los 6-18 años de edad con necesidades paliativas, donde se describe la recolección de información y el seguimiento a través de cuidadores.

La edad promedio en la que se encontraban los participantes era de 73 años, Siendo el rango de edad entre adultos 25 y 96 años, el 66% de los pacientes tenían edades superiores a los 60 años.

7.2.7 Sexo

Con referencia a los participantes de los estudios revisados, se estableció que sólo el 48% de los artículos hacían una clara diferenciación del género de participantes, el 4% de los estudios hace referencia a población masculina, el 12% a participantes de género femenino y el 32% explicaban la inclusión de hombres y mujeres sin distinción en el muestreo. El 52% de los estudios no aclaraba si la participación en el estudio se había realizado con hombres y/o mujeres. En ninguno de los estudios revisados se hacía una distinción específica de formas de cuidado paliativo discriminadas por género.

7.3 RESULTADOS POR TIPO DE DESENLACE

7.3.1 Desenlaces Secundarios

Es a partir de la evaluación individual de cada uno de estos que se logra emitir conclusiones que aporten a los desenlaces principales y el objetivo general, teniendo en cuenta que analizan las particularidades encontradas en los diferentes estudios recopilados, y permiten la comparación de las alternativas de cuidado paliativo en casa frente a la atención hospitalaria.

El primero de los desenlaces de nivel secundario, encontrado en las publicaciones, el cual a su vez hacía parte de los criterios de inclusión, fue el ***lugar de muerte*** de los participantes. Encontrándose que el 88% de los pacientes que recibían cuidado paliativo domiciliario habían fallecido en su hogar, mientras que tan sólo el 36% de los pacientes con tratamiento hospitalario habían tenido como lecho de muerte su casa.

Siendo esto un factor que impacta directamente la calidad de vida de las personas con pronóstico de vida limitado, en la que morir rodeado de sus familiares y seres queridos, sin el sometimiento a procesos terapéuticos e invasivos propios de las instituciones hospitalarias; el confort y la tranquilidad que le aporta un espacio conocido recobra una importancia significativa y se convierte en uno de los principales motivos para la selección de la atención paliativa en casa.

El segundo desenlace secundario analizado, fue el ***alivio de los síntomas*** evaluado en las dos alternativas de cuidado paliativo estudiadas. Para esto, y considerando que los estudios no contaban con las mismas unidades de medición de resultados, fue necesaria la unificación usando como criterio de unificación el alivio de al menos dos síntomas dependientes de cuidado paliativo. Encontrándose que el 68% de los pacientes que recibieron atención paliativa en casa habían experimentado una disminución en la persistencia de al menos 2 síntomas asociados a su enfermedad, donde los más descritos fueron las náuseas/vomito y el dolor. El 20% de los pacientes referían que la sintomatología había continuado con la misma intensidad de antes de la inclusión a programas de atención paliativa en casa. El 12% refirió el empeoramiento de los síntomas posterior al inicio de la atención en casa.

Situación que resulta determinante a la hora de proveer servicios de atención paliativa domiciliarios, dado que el propósito que más resaltan pacientes y familiares al recibir terapia paliativa es el alivio de la sintomatología, la disminución del padecimiento físico y el incremento de la comodidad.

El tercer desenlace secundario evaluado, fue la ***satisfacción de pacientes y cuidadores con el cuidado recibido***. Para este cálculo algunos estudios hicieron uso de escalas de medición. Si bien es cierto que estos resultados son difícilmente comparables entre sí, teniendo en cuenta que miden diferentes categorías asociadas a la satisfacción, todos los artículos concluyen con un concepto de aumento o disminución del nivel de satisfacción.

Se establece que el 72% de pacientes y familiares dentro de los programas domiciliarios refería estar satisfecho con el servicio y la atención recibida, comparado esto con el 53% de resultados favorables para los pacientes atendidos en instituciones hospitalarias para el alivio de sintomatología y el soporte de necesidades básicas.

A pesar de que los estudios no hacen referencia a las situaciones que llevaban al incremento de la satisfacción en los pacientes no hospitalizados, ni cuáles fueron las causales de los resultados en los centros hospitalarios; es posible deducir que estos están cercanamente relacionados con la prestación de cuidados más personalizados, con metas individuales para cada paciente; que permite ajustar el tratamiento a las condiciones de un entorno conocido, con una mayor flexibilidad de horario y acompañamiento constante.

Otro de los desenlaces evaluados fue el **número de ingresos hospitalarios** que tuvieron los pacientes que recibían atención domiciliaria en casa, teniendo en cuenta esto como un medidor de la efectividad de los servicios ofertados. Dichos ingresos pueden responder a diferentes causas entre las que se enumera la exacerbación de síntomas, la agudización de patologías, complicaciones de procedimientos y sensación de desprotección frente a la inminencia de la muerte, eventos que como ya se mencionó son criterios para la finalización de la atención domiciliaria, haciendo que el paciente requiera una nueva valoración para ser aceptado.

Se encontró que el 23% de los pacientes que recibieron atención en casa tuvo al menos una vez un ingreso hospitalario por cualquier causa, mientras que el 77% de los pacientes con atención paliativa en casa tuvieron un adecuado manejo sin requerir ingresos hospitalarios.

Si bien los estudios no describen de manera detallada las causas por las cuales los pacientes requirieron ingresar a un servicio hospitalario, las causas anteriormente descritas son las más usuales, así como el abandono de tratamiento en casa, el miedo de familiares y cuidadores durante la atención en momentos más cercanos a la muerte, entre otros. Situación en la que resultaría pertinente conocer información que detalle el tiempo antes de la muerte en el que los pacientes requirieron ser reingresados.

El quinto y último de los desenlaces secundarios que fueron evaluados en los artículos e investigaciones analizadas, hace referencia a los **días de estancia promedio durante la hospitalización** de los pacientes en ambos grupos, lo cual además de ser una medida que manifiesta la severidad de las complicaciones, muestra también la garantía que pueda suponer el cuidado en casa para que los pacientes logren abandonar las instalaciones hospitalarias.

Los estudios analizados, relatan una diferencia de aproximadamente 3.4 días menos de estancia por cada internación en la hospitalización en casa comparada con el manejo hospitalario. Lo cual representa disminución en los costos generados por la internación, disminución en el uso de recursos hospitalarios, profesionales, administrativos, entre

otros. Demostrando esto que el cuidado paliativo en casa contribuye a la disminución de las complicaciones y a su gravedad, permitiendo que los pacientes retornen más rápidamente a su hogar.

7.3.2 Desenlaces Principales

Con referencia a los objetivos principales propuestos, se destacan las diferencias en costo efectividad entre la atención paliativa domiciliaria y aquella que fue recibida por los pacientes al interior de las instituciones hospitalarias.

Como parte del ejercicio de diferenciación en costos, no resultan comparables en cifras económicas cuantitativas, teniendo en cuenta que los estudios revisados tienen diferentes orígenes, en los cuales además de la diferencia en moneda de cambio existente, los pacientes se encuentra incluidos dentro de sistemas de salud diversos, en los cuales los costos y el financiamiento del valor económico derivado de la atención de las enfermedades crónicas es manejado de diversas maneras.

Dentro de todos los artículos revisados en términos de comparación de costos cualitativos y de disposición para el uso de recursos, se observa una importante reducción en el consumo de bienes y servicios durante la atención domiciliaria con fines paliativos, en la que se menciona la posibilidad en el incremento de la rotación de camas hospitalarias, disminución en la destinación de personal asistencial para el cuidado del paciente, menor uso de servicios básicos, reducción en gastos administrativos derivados de la atención, entre otros.

Los pacientes podrían ser valorados en diferentes momentos, con servicios más personalizados, de acuerdo a sus necesidades, flexibilidad permitió un mejor uso de los recursos y una planeación más ajustada a las condiciones de la institución prestadora.

Se encuentra una mayor efectividad en los casos de pacientes atendidos en casa, evidenciado esto en una menor aparición de complicaciones, acompañamiento de los pacientes por parte de sus cuidadores que permite un entorno más tranquilo y confiable para el paciente que se encuentra en el final de su vida, con el importante impacto que tiene esto en el bienestar emocional del paciente y su familia.

Por otro lado, la efectividad se refleja en la certeza y tranquilidad que para el paciente significa que sus familiares se encuentren entrenados en su sintomatología y las actividades de su cuidado, favoreciendo que la transición a la muerte sea tranquila y progresiva, aplacando su miedo al sufrimiento y a padecer síntomas desagradables al momento de morir.

Lo cual demuestra, que el cuidado paliativo en casa es una importante alternativa que debe ser considerada como opción al manejo del paciente en quien la atención curativa ya no tendrá los efectos deseados, y cuyo objetivo terapéutico se centra en el brindar el mejor soporte, calidad de vida y acompañamiento posible para antes de la muerte.

8. DISCUSIÓN

Tras haber revisado la literatura sobre los diferentes modelos de cuidados paliativos, resaltamos que existe una variabilidad en la asistencia para enfermedades crónica en fase terminal. Por otro lado en 1990 la Organización Mundial de la Salud (OMS), manifestó la necesidad de promocionar y favorecer que el paciente sea cuidado en su domicilio, sin que por ello la calidad de los cuidados se vea disminuida. Así, pese a que los modelos son diferentes, la finalidad de todos ellos es la misma, atender con calidad a los pacientes, predominantemente en sus domicilios.

La hospitalización domiciliaria es una prioridad en los enfermos terminales. Teniendo en cuenta el progresivo envejecimiento de la población, la demanda de cuidados y el consumo de recursos que podrían crear graves problemas de funcionamiento al sistema. Por la necesidad de adaptar los servicios existentes o buscar nuevas alternativas, surgen diferentes modelos en la organización de los cuidados paliativos como son el domiciliario.

Los sistemas de salud que no tienen programas de cuidados paliativos y atención domiciliaria deben recurrir a la internación hospitalaria para manejar situaciones que no pueden resolverse con los sistemas de emergencia, aumentando los costos al interior de las organizaciones.

Las notables diferencias económicas de ambas situaciones terapéuticas se explican porque los servicios que se brindan también son diferentes. En el hospital el paciente

tiene disponibilidad de asistencia médica y de enfermería las 24 horas, pero en su domicilio es la familia, en la mayoría de los casos, quien cubre las necesidades de atención durante la mayor parte del tiempo.

El cuidado familiar es menos costoso y puede ser de mejor calidad, pero es la familia quien asume los costos. El sistema actual de salud no está preparado para cubrir la atención familiar. Las tasas de supervivencia aumentan, las políticas de reducción de costos son más agresivas y el cuidado familiar directo puede ser más importante que el sistema formal de atención. Cualquier intento de reducción de costos debe poder demostrar que el ahorro en los servicios no impacta directamente en los costos de la familia del paciente.

Con el sistema de atención domiciliaria los pacientes crónicos en fase terminal se benefician en términos de auto cuidado, autoestima, mejor control del dolor, menor ansiedad, etc. Los financiadores de salud se benefician en términos de calidad de servicios, reducción de morbilidad en internación y reducción del gasto.

El núcleo social también adquiere beneficios cuando a través del conocimiento y las nuevas habilidades adquiridas se mejora la funcionalidad del paciente, sus familiares retornan total o parcialmente a sus actividades habituales y la vida familiar se ajusta a las nuevas realidades.

9. CONCLUSIONES

Luego de la revisión de la literatura realizada, para determinar las diferencias entre las dos modalidades de atención analizadas (Domiciliario Vs. Hospitalario), respecto a la oferta de servicios de cuidado paliativo, donde se buscó establecer qué intervenciones aportan mayores beneficios sanitarios, económicos y la calidad de vida de los usuarios y sus familias se concluyó que:

- Cuidar, implica desarrollar acciones dirigidas a personas que necesitan seguimiento y control de los síntomas y soporte emocional. Significa, que los cuidados paliativos involucran la búsqueda de alivio del dolor físico así como de otros síntomas asociados a la enfermedad terminal sin olvidarse del sufrimiento psicológico, espiritual y social, respetando la dignidad y autonomía, el apoyo a sus familiares para que puedan construir un proceso de pérdida y duelo a través de un equipo interdisciplinario.
- El propósito de una evaluación económica es promover el uso más eficiente de los recursos en un ambiente de insuficiencia. De esta manera, el sistema de salud comprende un proceso, en el cual las materias primas (hospitales, doctores, enfermeras, equipos médicos, medicamentos, etc.) son transformadas en productos sanitarios (prestaciones de salud, programas sanitarios, calidad de vida, etc.) que son finalmente consumidos por los potenciales clientes (población).

Promoviendo la existencia de un mayor número de procesos eficientes presentes en el sistema.

- El manejo paliativo domiciliario de pacientes crónicos en fase terminal no sólo es una alternativa para aminorar los costos del sistema de salud, si no que favorece al paciente en diversos aspectos como el acompañamiento de familiares y seres queridos, la disminución de los riesgos asociados a la hospitalización, promueve la autonomía, proporcionando así su participación en la atención de su enfermedad.
- Teniendo la atención domiciliaria como alternativa, la hospitalización institucional se puede reservar para casos de patologías agudas y así garantizar la oportunidad del servicio a usuarios con necesidades de atención urgentes.
- Se encuentra que los diferentes estudios describen distintas modalidades de atención domiciliaria para el cuidado paliativo, sin embargo, todas resaltan el incremento de la calidad de vida del paciente y su satisfacción y la de sus familiares como ejes de la alternativa.
- La atención especializada a domicilio produce un mayor número de fallecimientos en el entorno propio del paciente, favorece la identificación de necesidades particulares del enfermo, y una importante disminución en el número de ingresos hospitalarios.

- Si bien no todos los estudios mencionaban qué profesionales conformaban los grupos de cuidado paliativo, en ninguna de las dos modalidades de atención, se encuentra que los estudios en los que se describían grupos conformados interdisciplinariamente, mostraban menor número de ingresos hospitalarios, mayor satisfacción con el cuidado, menor incidencia de complicaciones. Con lo cual es posible determinar que dichos grupos deberán estar siempre conformados por profesionales de todas las áreas, para garantizar un mejor acompañamiento a la familia y al paciente y mejores resultados para las organizaciones.

10.RECOMENDACIONES

Durante el análisis del estudio se identificaron aspectos que resultarían útiles para ampliar la información respecto a las modalidades de atención paliativa en posteriores estudios, los cuales se presentan como recomendaciones:

- Es necesario realizar revisiones de manera periódica que permitan el hallazgo de nuevos estudios para la comparación de las diferentes modalidades de cuidado paliativo, y la identificación de otras no reconocidas aún, que permita a las organizaciones determinar decisiones sanitarias.
- Fomentar la investigación en torno a cuidados paliativos (dado el incremento de esperanza de vida en el país y el aumento de la población mayor, con requerimientos de atención hacia el final de la vida), con el fin de ofertar mejores servicios para la población.
- Promover alianzas de investigación con instituciones de salud y universidades orientadas al análisis de estudios de costo efectividad, haciendo especial énfasis en los servicios de cuidado paliativo, que favorezcan al sistema de salud y a la calidad de vida del paciente en su fase terminal.

- Se requiere de programas nacionales de cuidado paliativo domiciliario en instituciones públicas y privadas de salud en el país, así como la elaboración de estudios que narren el comportamiento de estos programas dentro de la población colombiana.
- Relacionar los cambios en la sintomatología referidos en los estudios con la cercanía al momento del fallecimiento y el tiempo transcurrido del paciente desde el ingreso a los programas de cuidado paliativo, haciendo posible establecer las necesidades del paciente terminal durante las diferentes fases del progreso de su enfermedad.
- Estudios futuros deberán relacionar los niveles de satisfacción de los pacientes dentro de programas de cuidado paliativo, al interior de instituciones hospitalarias, con el nivel de complejidad de dichas instituciones, y su carácter público o privado que favorezcan el análisis del comportamiento de esta variable.
- Es importante que los estudios describan si el paciente al interior de su domicilio recibe los cuidados de familiares con o sin ningún tipo de entrenamiento, o si por personal asistencia de manera permanente en su casa, para su posterior relación con los criterios de efectividad de la atención domiciliaria.
- Unificar una medida de satisfacción para el cuidado paliativo y calidad de vida donde se evalúen claramente las necesidades del paciente y su familia, teniendo en cuenta que conjugan diferentes aspectos comparados con la atención de pacientes en procesos de diagnóstico, curación, rehabilitación, entre otros.

- Es importante que los estudios desarrollados en atención paliativa además del alivio de síntomas relacionados con la enfermedad, describan también de manera detallada el acompañamiento psicológico para el manejo del duelo; el soporte nutricional, las posibilidades de brindar actividades ocupacionales al paciente; el manejo de heridas y el soporte al paciente para la comprensión de su diagnóstico y pronóstico, actividades que son fundamentales durante la prestación de servicios paliativos.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldasoro, E., Pérez, A., & Olaizola, MT. (2003). La asistencia a pacientes en la fase final de la vida: revisión sistemática de la literatura y estudio en el medio hospitalario del País Vasco. *Osteba*, 100(15), 126-145
- Allende, S., Flores, P., & Flores, C. (2000). Cuidados paliativos domiciliarios en pacientes con cáncer cervicouterino en etapas avanzadas. *Revista del instituto nacional de cancerología*. 46(1), 10-16
- Anónimo. (2003). Leading the way in African home-based palliative care. *Rev European Journal of Cancer Care*. 362(29), 1812-1813
- Bruera, E., & Suarez, M. (1998). Cost effectiveness in palliative care. *Palliative Medicine*. 340(12), 315-326
- Brumley, R., Enguidanos, S., Jamison, P., Seitz, R., Morgenstern, N., Saito, S., (...) & González, J. (2007). Increased Satisfaction with Care and Lower Costs: Results of a Randomized Trial of In-Home Palliative Care. *The American Geriatrics Society*. 55(7), 993-1000

Brumley, R., Enguidanos, S., & Cherin, C. (2003). Effectiveness of a Home-Based Palliative Care Program for End-of-Life. *Journal of Palliative Medicine*. 6 (5), 714-724

Chastek, B., Harley, C., Kallich, J., Newcomer, L., Paoli, C., & Teitelbaum, A. (2012). Health Care Costs for Patients With Cancer at the End of Life. *American Society of Clinical Oncology*. 27(8), 75-80

Centro de prensa. (s.f). En *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de <http://www.cuidadospaliativos.info/rdr.php?catp=0&cat=252&sel=269>

Colimon, K. (1990). *Fundamentos de Epidemiología*. Madrid: Díaz de Santos

Del Rio, I., & Palma, A. (2007). Cuidados paliativos: historia y desarrollo. *Boletín escuela de Medicina U.C., Pontificia Universidad Católica de Chile*. 32(1), 16-22.

Eagar, K., Green, J., & Gordon, R. (2004). An Australian casemix classification for palliative care: technical development and results. *Palliative Medicine*. 420(18), 217-226

Espinosa, A. (2006). *Cuidados paliativos a enfermos adultos terminales en la atención primaria de salud*. (Tesis Doctoral). Universidad Cienfuegos, Cuba.

- Fassbender, K., Fainsinger, R., Brenneis, C., Brown, P., Braun, T., & Jacobs, T. (2005). Utilization and costs of the introduction of system-wide palliative care in Alberta, 1993-2000. *Palliative Medicine*. 230(19), 513-520
- Finlay, I., Higginson, I., Goodwin, D., Cook, A., Edwards, A., Hood, K., & (...) Normand, E. (2002). *European Society for Medical Oncology*. 15(6), 257-264
- Fornells, H. (2000). Cuidados Paliativos en el Domicilio. *Acta Bioethica*. 6(1), 65-75
- Fuensanta, M. (s.f). *Lectura crítica de un metaanálisis y de una revisión sistemática*. Recuperado de http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/136630-capitulo_11.pdf
- Getino, M. (2013). Estudio cualitativo a pacientes de cáncer con soporte paliativo en atención hospitalaria. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2531-2539.
- Glass, G. (1976). Primary, secondary, and meta-analysis of research. *Laboratory of Educational Research. University of Colorado*, 100(2), 3-8
- González, A., & Acevedo, D. (2009). *Revisión del estado del arte de la atención domiciliaria en salud*. (Tesis de Especialización). Universidad CES. Medellín.

- Guerriere, D., Zagorski, B., Fassbender, K., Masucci, L., Librach, L., & Coyte, P. (2010). Cost variations in ambulatory and home-based palliative care. *Palliative Medicine*. 24 (5), 523-532
- Guest, J., Ruiz, M., Greener M., & Trotman, I. (2006). Palliative care treatment patterns and associated costs of healthcare resource use for specific advanced cancer patients in the UK. *Rev European Journal of Cancer Care*. 32(15), 65-73
- Jordhoy, M., Fayers, P., Saltnes, T., Ahlner-Elmqvist, M., Jannert, M., & Kaasa, S. (2000). A palliative-care intervention and death at home: a cluster randomized trial. *The Lancet*. 356(9), 888-893
- Klinger, C., Howell, D., Marshall, D., Zakus, D., Brazil, K., & Deber, R. (2011). Resource utilization and cost analyses of home-based palliative care service provision: The Niagara West End-of-Life Shared-Care Project. *Palliative Medicine*. 27(2), 115-122
- Lacampa, P., Bermúdez, C., Vallejo, S., García, L., & Villegas, R. (2009). Modelos organizativos en cuidados paliativos. *Comparación de consumo de recursos. Informes, Estudios e Investigación 2009*. Ministerio de Sanidad y Consumo. España

Lama, J. (2004). Enfermedad en estado terminal: un reto para el médico. *Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma*. 4(1), 32-7

Lozcano, E., Salazar, E., & Hernandez, M. (2001). Estudios epidemiológicos de casos y controles. Fundamento teórico, variantes y aplicaciones. *Salud pública de México*, 43(2). 135-50.

Meier, D. (2011). Increased Access to Palliative Care and Hospice Services: Opportunities to Improve Value in Health Care. *Journal of Palliative Medicine*. 13(8), 973-979

Minardi, R., Suárez, M., González, A., Cotta, S., Real, E., & Días, J. (2001). La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 10(1), 45-55.

Organización Panamericana de la Salud. En *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*.

Recuperado de

[http://190.34.154.93/rncp/sites/all/files/Cuidados%20paliativos%20\(2\).pdf](http://190.34.154.93/rncp/sites/all/files/Cuidados%20paliativos%20(2).pdf)

Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2002. Situación de Salud en Colombia, 18. (2002).

Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2003. Situación de Salud en Colombia, 22. (2003).

Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2004. Situación de Salud en Colombia, 41. (2004).

Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2005. Situación de Salud en Colombia, 23. (2005).

Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2006. Situación de Salud en Colombia, 11. (2006).

Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2007. Situación de Salud en Colombia, 24. (2007).

Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2008. Situación de Salud en Colombia, 32. (2008).

Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2009. Situación de Salud en Colombia, 19. (2009).

Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2010. Situación de Salud en Colombia, 51. (2010).

Organización Panamericana de la Salud. Indicadores Básicos 2011. Situación de Salud en Colombia, 36. (2011).

Penrod, J., Deb, P., Dellenbaugh, C., Burgess, C., Christiansen, C., Luhrs, C., Cortez, T., (...) & Morrison, S. (2010). Hospital-Based Palliative Care Consultation: Effects on Hospital Cost. *Journal of Palliative Medicine*. 13(8), 973-979

Pino, C. (2009). Cuidados paliativos: evolución y tendencias. *MED. VIS*, 22(7), 271-77

Robledo, R., & Escobar, F. (2010). Las enfermedades crónicas no transmisibles en Colombia. *Boletín del Observatorio en Salud*. 3(4), 1-9.

Roubicek, J., Salvatore, A., Kavka, C., & Wiersba, C. (1999). Servicio de internación domiciliaria para pacientes con enfermedades agudas y crónicas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 6(3), 172-177

Salisbury, C., Bosanquet, N., Wilkinson, E., Franks, P., Kite, S., (...) & Naysmith, a. (1999). The impact of different models of specialist palliative care on patients' quality of life: a systematic literature review. *Palliative Medicine*. 234(13), 3-17

Sánchez, Y. (2008). *Programa educativo de atención domiciliaria en cuidados paliativos dirigidos al cuidador informal de pacientes en estado terminal afiliados a instituciones de servicio de salud domiciliarios en los municipios Iribarren y Palavecino del estado Lara*. (Tesis de Maestría). Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Barquisimeto.

Serra-Prat, M. (2001). Home palliative care as a cost-saving alternative: evidence from Catalonia. *Palliative Medicine*. 100(15), 271-278

The Cochrane Collaboration. (s.f). En *Centro Cochrane Iberoamericano*. ¿Qué es la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)? Recuperado de <http://www.cochrane.es/?q=es/node/262>